

IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING
TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR
CLAIM IS DEFICIENT.

2020 FEB 10 PM 4:22

CLERK'S OFFICE

U.S. DISTRICT COURT

SAN JUAN, PR

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
Morales Ortiz, Olga	141115	6/29/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Reason:	Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors			

SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN
QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU
RECLAMO ES DEFICIENTE.

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
Morales Ortiz, Olga	141115	6/29/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Base para:	La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.			

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objección global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL
DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). /
Llene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).

<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

RECEIVED

JUN 29 2018

PRIME CLERK LLC

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1

Identify the Claim / Identificar la reclamación

1. Who is the current creditor?

¿Quién es el acreedor actual?

Olga Morales Lertiz

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)
Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)

Other names the creditor used with the debtor
Otros nombres que el acreedor usó con el deudor

2. Has this claim been acquired from someone else?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. From whom? Sí. ¿De quién? _____	
¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?		
3. Where should notices and payments to the creditor be sent?	Where should notices to the creditor be sent? ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?	Where should payments to the creditor be sent? (if different) ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente)
Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g)	<p><i>Olga Morales Ortiz</i></p> <p>Name / Nombre _____</p>	
¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?	<p><i>#41 Ricardo Balaguer Est. Guayanilla</i></p> <p>Number / Número _____ Street / Calle _____</p>	
Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)	<p><i>Guayanilla P.R.</i></p> <p>City / Ciudad _____ State / Estado _____ ZIP Code / Código postal _____</p>	<p><i>00656</i></p> <p>City / Ciudad _____ State / Estado _____ ZIP Code / Código postal _____</p>
	<p><i>(787) 375-4256</i></p> <p>Contact phone / Teléfono de contacto _____</p>	<p><i>(787) 375-4256</i></p> <p>Contact phone / Teléfono de contacto _____</p>
	<p>Contact email / Correo electrónico de contacto _____</p>	
	<p>Contact email / Correo electrónico de contacto _____</p>	
4. Does this claim amend one already filed?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) _____	
¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?	Filed on / Presentada el _____ (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)	
5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior? _____	
¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?		

Part 2 / Parte 2:

Give Information About the Claim as of the Petition Date

Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.

6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primeclerk.com/puertorico/).	
¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?		
7. Do you supply goods and / or services to the government?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional establecida a continuación: <p>Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato: _____</p> <p>List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: Anote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$ _____</p>	
¿Proporciona bienes y / o servicios al gobierno?		

8. How much is the claim? ¿Cuál es el importe de la reclamación?	\$ <u>1500000</u>	Does this amount include interest or other charges? ¿Este importe incluye intereses u otros cargos? <input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A). Sí. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).
9. What is the basis of the claim? ¿Cuál es el fundamento de la reclamación?	<p>Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.</p> <p>Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalte la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica.</p> <p><u>cantidad de dinero (Romero adeudado)</u></p>	
10. Is all or part of the claim secured? ¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. The claim is secured by a lien on property. Sí. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien. <p>Nature of property / Naturaleza del bien: <input type="checkbox"/> Motor vehicle / Vehículos <input checked="" type="checkbox"/> Other. Describe: Otro. Describir: <u>dinero retención del Romero</u></p> <p>Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales: _____</p> <p>Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.)</p> <p>Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención.)</p> <p>Value of property / Valor del bien: \$ _____</p> <p>Amount of the claim that is secured / Importe de la reclamación que está garantizado: \$ _____</p> <p>Amount of the claim that is unsecured / Importe de la reclamación que no está garantizado: \$ _____ (The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.) (La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.)</p> <p>Amount necessary to cure any default as of the Petition Date / Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso : \$ _____</p> <p>Annual Interest Rate (on the Petition Date) Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso) _____ % <input type="checkbox"/> Fixed / Fija <input type="checkbox"/> Variable / Variable</p>	
11. Is this claim based on a lease? ¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date. Sí. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso \$ _____	

12. Is this claim subject to a right of setoff? ¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the property / Sí. Identifique el bien: <u>años de servicio.</u>
13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)? ¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim. Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación. <u>años de servicio</u>

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it.
FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha.
FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

- I am the creditor. / Soy el acreedor.
- I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.
- I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.
- I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this *Proof of Claim* serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta *Evidencia de reclamación* se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this *Proof of Claim* and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta *Evidencia de reclamación* y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 08 Junio 2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma

Olga Morales Gutierrez

Name

First name / Primer nombre

Middle name / Segundo nombre

Last name / Apellido

Title / Cargo

BSN.

Company / Compañía

Salud

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer.

Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección

Number / Número

Street / Calle

City / Ciudad

State / Estado

ZIP Code / Código postal

Contact phone / Teléfono de contacto

(787)375-4256

Email / Correo electrónico

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
INFORME DE SUELDOS Y DEDUCCIONES

NOMBRE		IDENTIFICACION		PERIODO QUE TERMINA EN		NUMERO DE COMPROBANTE		NUMERO DE CHEQUE			
OLGA MORALES ORTIZ				31 08 85		035219		557298081			
DEDUCCIONES											
ESPECIFICAS				MISCELANEAS							
CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS	SEGURO SOCIAL	RETIRO	SERVICIOS MEDICOS	ASOCIACION DE EMPLEADOS		CLAVE	IMPORTE	CLAVE	IMPORTE	CLAVE	IMPORTE
ACUMULADO DURANTE EL AÑO NATURAL				AHORROS	SEGURO	36	2500	81	575		
55864	40720	29432									
MES CORRIENTE											
6983	5090	3679	5300	2166							
577600	577600		72200	72200	22900	26293	23007				
SUELDO BRUTO DEVENGADO	SUELDO TRIBUTABLE SEGURO SOCIAL		SUELDO TRIBUTABLE SEGURO SOCIAL	SUELDO BRUTO DEVENGADO	ADELANTO SUELDO 13 TH QUINCENA	TOTAL DEDUCCIONES	PAGA NETA				
ACUMULADO DURANTE EL AÑO NATURAL					MES CORRIENTE						

VEASE CLAVES AL DORSO

AEEELA-54
1-85 (REV.)

ASOCIACION DE EMPLEADOS DEL E.L.A. DE P.R.

ESTADO DE CUENTA A: 12/31/85

CON TRANSACCIONES A: 09/31/85

IP FECHA COMPR IMPORTE AMORT BALANCE

N C D E U D A

TOTAL AHORROS TOTAL DIVIDENDOS
ACUM. A: 09/85 ACUM. A: 06/84
1.008.81 83.06

SEG SOC: -0002 IVAN R. ROMAN
DT: 13-09 DIRECTOR EJECUTIVO
ASOCIACION DE EMPLEADOS DEL E.L.A. DE P.R.

MORALES ORTIZ OLGA
BN 379 80 MAGAS ARRIBA
GUAYANILLA 00656

ASOCIACION DE EMPLEADOS
INFORME INTERESES PAGADOS

PARA FINES DE SU INFORME AL NEGOCIADO DE CONTRIBUCIONES SOBRE INGRESOS, NOTIFICAMOS LOS INTERESES PAGADOS POR USTED A ESTA ASOCIACION.

MORALES ORTIZ OLGA
SEG SOC: -0002

IVAN R. ROMAN

DIRECTOR EJECUTIVO
ASOCIACION DE EMPLEADOS DEL E.L.A. DE P.R.

00000	1985	*****.00
SU PRESTAMO NUMERO	AÑO	CANTIDAD
INTERESES PAGADOS		



HOJA DE SERVICIOS

INSTRUCCIONES:

Este formulario se utiliza para recopilar información sobre los servicios prestados al Gobierno por el participante del Sistema de Retiro.

1. Informe los sueldos devengados por el empleado sin descontar las ausencias, castigos, licencias y otros, pero excluyendo toda bonificación o pago por concepto de horas extras trabajadas.
2. En el apartado "Observaciones" indique aquellos períodos de interrupción de servicios, si los hubiera y las causas.
3. Si fuera necesario, utilicen hojas adicionales siguiendo el mismo patrón.
4. Las aportaciones al Sistema deberán cubrir el período total especificado.

Morales Ortíz, Olga (Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)								0002
6 de enero de 1950 Fecha de Nacimiento	AFASS Agencia en que prestó los servicios							16 de junio de 1981 Fecha primer descuento para Retiro

Clasificación del Puesto	Período de Servicios						Sueldo Mensual	Sueldo por hora	Horas Traba- jadas	Total Sueldos Devengados	Aportaciones al Sistema	Observaciones
	Desde			Hasta								
	D	M	A	D	M	A						
Enfermera II	20	8	79	30	9	79	555.00			769.84	Esta acogida	
"	1	10	79	30	6	80	590.00			5,310.00		
"	1	7	80	30	6	81	615.00			7,380.00		
"	1	7	81	30	6	82	615.00			7,380.00		
"	1	7	82	30	9	83	615.00			9,225.00		
"	1	10	83	31	3	84	645.00			3,870.00		
"	1	4	84	15	6	86	695.00			18,417.50		
"	16	6	86	30	9	86	722.00			2,527.00		
"	1	10	86	31	3	88	777.00			13,986.00		
"	1	4	88	31	7	88	817.00			3,268.00		
"	1	8	88	15	1	89	943.00			5,171.29		
"	16	1	89	31	8	89	1,049.00			7,884.42		
Enfermera III	1	9	89	31	12	89	1,134.00			4,536.00		

CERTIFICO CORRECTO:

21 de diciembre de 1989

FECHA

Lourdes T. Napoleoni
 Lourdes T. Napoleoni-Funcionaria Ejec. III
 JEFE DE AGENCIA O SU REPRESENTANTE

OFICINA DE PERSONAL
INFORME DE CAMBIO1. Número del Cambio
2. Número del EmpleadoIMPORTANTE
INSTRUCCIONES
LEA AL DORSO

Antes del Cambio

Después del Cambio

Núm.	Cambio a Efectuarse	Puesto Núm.	Puesto Núm.
3.	Nombre del Empleado	Quia, Orlando, 117	
4.	Título de Clasificación	Maestro, 080-11	
5.	Departamento o Agencia	412	
6.	División	412-000-000	
7.	Unidad o Sección	412-000-000	
8.	Dirección (del Trabajo)	412-000-000	
9.	Dirección (Postal)	412-000	
10.	Estado Civil		
11.	Clase de Nombramiento	412-000-000	412-000-000
12.	Sueldo		
13.	Descuento para Retiro		
14.	Descuento para Ahorro		
15.	Descuento para Seguro		
16.	Descuento por Préstamos		
17.	Descuento por Contribución sobre Ingresos		
18.	Cuota para la Cruz Azul		
19.	Otros Descuentos		
20.	Obvenciones		
21.	Fecha de Efectividad	15-10-1980	15-10-1980
22.	Indique si se trata de:		

 Ascenso Traslado Descenso Cambio de Status Reasignación

23. En caso de traslado a otra agencia—Licencia que debe acreditarse:

Por Enfermedad días

Para Vacaciones días

	Ultimo Día de Trabajo	Licencia Anual Concedida	Fecha de Separación (Último día de pago)
24. Renuncia			
25. Separación en Período Probatorio			
26. Destitución			
27. Cesantía			

28. Muerte	Ultimo día de pago:	Participante de Retiro
Fecha.....	Hora.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
29. Suspensión:	Duración	De A
30. Licencia sin sueldo:	Duración	De A
31. Licencia Militar:	Duración	De A
32. Licencia de Maternidad:	Duración	De A
33. Licencia Especial para Estudio:	Duración	De A

34. Reinstalación:

35. Comentarios y Explicaciones (Si necesita más espacio use el dorso)

36. En caso de cambio de puesto indique:

Examen sin Oposición

Seleccionado de Terna Núm.

Autorización Núm. Nombre del anterior incumbente.....

37. Si el cambio es por traslado, el jefe de la agencia donde se origina el traslado o su representante autorizado firma aquí:

38. Firma del empleado en caso de traslado o cambio de nombre, descenso y cambio de puesto dentro de servicios

Por Oposición

Sin Oposición

Exento

39. Aprobado por:

Fecha: 15-10-1980

Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado

APARTADOS 40 AL 44 PARA USO DE LA OFICINA DE PERSONAL SOLAMENTE

40. Aprobado por:

41. Tarjeta perforada

42. Inscrito

Fecha:

Por:

Por:

43. Antes del Cambio.

SÍMBOLOS DE CONTABILIDAD

44. Despues del Cambio

A.F.	Fondo	Agen- cia	Diy.	Sub- Div.	Asig- nación	Objeto	A.F.	Fondo	Agen- cia	Div.	Sub- Div.	Asig- nación	Objeto

DEJESE EN BLANCO

5
Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE SALUD
Administración de Facilidades y Servicios de Salud
Área de Personal

AP-15 Especial

REGION Oeste

INFORME DE CAMBIO (AP-15) # CVM- 2358

NOMBRE: Olga Morales Ortíz

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: S.S. # -0002

Se notifica el siguiente aumento en el sueldo del empleado que se indica a continuación, en virtud de lo dispuesto por la Ley 84 del 4 de junio de 1983. El aumento de sueldo que se concede será efectivo al primero de abril de 1984.

ANTES DEL CAMBIO

DESPUES DEL CAMBIO

<u>Título de Clasificación</u>	<u>Enfermero II</u>
<u>Sueldo Mensual</u>	<u>645.00</u>
<u>Diferencial</u>	<u>20.00</u>
<u>Total</u>	<u>665.00</u>
	<u>695.00</u>
	<u>87.00</u>
	<u>722.00</u>

COMENTARIOS: Las condiciones que dieron origen prevalecen y se reajusta el diferencial según la norma establecida en la carta circular 2-83 de CCAP.

Febrero de 1984

FECHA



Oficial de Personal
Firma de la Autoridad Nominadora o su
Representante Autorizado



APARTADO 1868
MAYAGUEZ, P. R. 00708
TELEFONO 832-8686

CENTRO MEDICO DE MAYAGUEZ
DEPARTAMENTO DE SALUD
MAYAGUEZ, PUERTO RICO

VERIFICACION DE EMPLEO

Nombre:	Seguro Social:
<u>Olga Morales Ortiz</u>	<u>-0002</u>

Empleado Activo:

Clasificación: Enfermera II
Sueldo : \$804.00 (Mensual)

Fecha de Nombramiento: 20 de agosto de 1979

Status Actual: Regular Probatorio Transitorio
 Contrato Jornal Otro

Lugar de Trabajo: Dept. Maternidad

Observaciones:

Empleado Inactivo:

Clasificación: _____

Fecha de Nombramiento: _____

Fecha Separado: _____

Razón : _____

Otros:

— No hay evidencia de empleo en los últimos dos años.

— P pertenece a _____ por lo que le referimos su solicitud de verificación.

Firma Y Título: <u>Myriam Marty Felixiano</u> Funcionario Ejecutivo I	Fecha: <u>14 de enero de 1988</u>
---	--------------------------------------

AP-15
Modelo 10/81Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD

1. Número del Cambio CMM-0257

**IMPORTANTE
INSTRUCCIONES:
LEA AL DORSO****INFORME DE CAMBIO**

1a. Región u Hospital

Región Oeste

2. Número de Seguro Social del Empleado

0002

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio	Después del Cambio
3. Nombre del Empleado	Olga Morales Ortiz	
4. Puesto Núm.	E-1744	
5. Título de Clasificación	Enfermera II	
6. Programa	Nivel Terciario	
7. Departamento	Enfermería	
8. Facilidad	Hosp. Reg. Ramón E. Betances	
9. Ubicación Geográfica del Puesto	Mayaguez	
10. Estado Civil		
11. Categoría del Empleado	De Carrera	
12. Status del Empleado	Regular	
13. a. Gasto Mens.	\$615.00	
b. Diferencial	20.00	\$40.00
Total	\$635.00	\$655.00
14. Descuento para Contribución sobre Ingresos		
15. Descuento para Seguro Social		
16. Descuento para Aportación Sistema de Retiro	30.70	32.10
17. Descuento para Servicios Médicos		
18. Descuento para Ahorros (A. E. E. L. A.)		
19. Descuento para Seguros (A. E. E. L. A.)		
20. Obligaciones		
21. Otros Descuentos		

22. Fecha de Efectividad	11 de julio de 1983
--------------------------	---------------------

	A. F.	Fondo	Agen- cia	Div.	Sub- Div.	Asig- nación	Objeto	A. F.	Fondo	Agen- cia	Div.	Sub- Div.	Asig- nación	Objeto
23. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD	84	111	09	05	-	81	-	84	111	09	05	-	81	-

24. Indique si se trata de:	<input type="checkbox"/> Ascenso	<input type="checkbox"/> Cambio de Categoría	<input type="checkbox"/> Cambio de Status	<input type="checkbox"/> Ascenso o traslado Transitorio			
	<input type="checkbox"/> Descenso	<input type="checkbox"/> Reclasificación	<input type="checkbox"/> Reinstalación	<input type="checkbox"/> Reubicación	<input type="checkbox"/> Traslado	<input type="checkbox"/> Nuevo Nombramiento	<input type="checkbox"/> Aumento de Sueldo

25. En caso de cambio a otra agencia indique - Licencia acreditarse: Compensatorio	días.				
Licencia Enfermedad	días.	Licencia Regular	días.	Concedida	días.

	Último Día de Trabajo	Licencia Previamente Concedida	Fecha de Efectividad de la Separación
26. Renuncia			
27. Separación			
28. Destitución			
29. Cesantía			

30. Suspensión de Empleo y Sueldo:	Duración:	De	A	Participante de Retiro
31. Muerte:		Último día de pago:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

32. Clase de Licencia:	<input type="checkbox"/> Para estudio	<input type="checkbox"/> Especial con paga	<input type="checkbox"/> Maternidad
		<input type="checkbox"/> Militar sin Sueldo	<input type="checkbox"/> Sin Sueldo

Duración:	DE	A
33. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso)	Se sustituye diferencial de un (1) paso de turnos rotativos (\$20.00) por dos (2) pasos (40.00) de turnos Alternos 3:00 A 11:00 P.M. y 11:00 A 7:00 A.M., mediante comunicación del Lic. José R. Feijoo del 18 de enero /78.	

34. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elección indique Clasificación de Electores Núm.	35. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí	36. Firma del empleado en casos que fuere necesario

37. Aprobado por:	Oficial de Personal Int:	OCT 18 1983	Fecha: 31 de agosto de 1983
Jefe de la Agencia o su Representante	DEPARTAMENTO DE SALUD	OFICINA DE PERSONAL	CENTRO MÉDICO MAYA

Revisado o Aprobado por:	APPROBADO
--------------------------	-----------



ADMINISTRACION DE LOS SISTEMAS DE RETIRO

Gobierno de Puerto Rico

DESGLOSE DE PLAN DE PAGO

Nombre: OLGA MORALES ORTIZ

(Nombre e Inicial, Apellido Paterno, Apellido Materno)

Seguro Social: 0002

Concepto: COSTOS DE LEY 31

Depósito	Deuda Actual	Desde	Hasta	Meses
\$ 00.00	\$ 9,821.01	Mayo/1998	Junio/2001	38

Términos del plan de pago:

Núm. de Mensualidades: 37 Pago: \$ 258.45

Mensualidad Adicional 1 Pago: \$ 258.36

Certifico que me comprometo a pagar la deuda descrita en este plan de pago bajo los términos y condiciones expuestos y que de incumplir con alguna de las disposiciones de este plan, se dará por terminado el mismo.

Olga Morales

Firma

Abri/22/1999

Fecha

Dirección HC - 01 BOX 6236
GUAYANILLA, PUERTO RICO 00656

NOTA: Haga sus pagos con cheque o giro postal a favor del Secretario de Hacienda y anote su número de Seguro Social al lado de su nombre.
Pagará retroactivo a Mayo de 1998 hasta Abril de 1999 la cantidad de \$ 3,101.40.

Sra. Ana N. López Carmoega
Jefe, División de Cobro

IMPORTANTE
INSTRUCCIONES:
LEA AL DORSO

INFORME DE CAMBIO

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio	402	Después del Cambio
3. Nombre del Empleado	Olga Morales Ortiz		
4. Puesto Núm.	D-0759		
5. Título de Clasificación	Enfermera III		
6. Programa	Nivel Primario		
7. Departamento			
8. Facilidad	C.D.T.		
9. Ubicación Geográfica del Puesto	Guánica		
10. Estado Civil			
11. Categoría del Empleado	De Carrera		
12. Status del Empleado	Regular		
13. a. Sueldo Mens.	\$1,556.00		
b. Diferencial	80.00		
Total	\$1,636.00		
14. Descuento para Contribución sobre Ingresos			
15. Descuento para Seguro Social			
16. Descuento para Aportación Sistema de Retiro	5.775%		
17. Descuento para Servicios Médicos			
18. Descuento para Ahorros (A. E. E. L. A.)			
19. Descuento para Seguros(A. E. E. L. A.)			
20. Obvenciones			
21. Otros Descuentos			

22. Fecha de Efectividad

	A. F.	Fondo	Agen- cia	Div.	Sub. Div.	Asig- nación	Objeto	A. F.	Fondo	Agen- cia	Div.	Sub- Div.	Asig- nación	Objeto
23. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD	02-5-03	22-45-00-60-PD-H3-H3-00-1-111												

24. Indique si se trata de: Ascenso Cambio de Categoría Cambio de Status Ascenso o traslado Transitorio
 Descenso Reclasificación Reinstalación Reubicación Traslado Nuevo Nombramiento Aumento de Sueldo

25. En caso de cambio a otra agencia indique - Licencia a acreditarse: Compensatorio _____ días.
 Licencia Enfermedad _____ días. Concedida _____ días, Licencia Regular _____ días, Concedida _____ días.

	Ultimo Día de Trabajo	Licencia Previamente Concedida	Fecha de Efectividad de la Separación
26. Renuncia			
27. Separación			
28. Destitución			
(29). Cesantía	2 de mayo 1998	-----	2 de mayo de 1998

30. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: De _____ A _____ Ultimo día de pago: _____ Participante de Retiro
 Sí No

31. Muerte: Fecha: _____ Hora: _____ Ultimo día de pago: _____
 Especial con paga Maternidad
 Militar sin Sueldo Sin Sueldo

32. Clase de Licencia: Para estudio Duración: DE _____ A _____

33. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso) Cesantía de acuerdo a la comunicación de la Dra. Carmen Feliciano y de la Ley #190 del 5 de septiembre de 1996, enmendada por la Ley #31 del 6 de julio de 1997. Ultimo día de trabajo el 2 de mayo.

34. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm. (AL DORSO)

Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbiente:

35. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí:

37. Aprobado por: Sra. Lourdes T. Napoleoni Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado

Revisado o Aprobado por: LTN/vls

36. Firma del empleado en casos que fuere necesario

Fecha: MAY 11 1998 6 de mayo de 1998 OFIC. PERSONAL REGIONAL A.F.A.S.S. REGION SUR

INFORME DE CAMBIO ESPECIAL

REGION SALUD SURNUMERO DE CAMBIO (AP-15) P-861

Se notifica el siguiente cambio en el sueldo de este empleado, en virtud de las nuevas escalas de sueldo fijadas por la Ley número 27 del 23 de julio de 1993, según enmendada por la Ley Número 107 del 8 de agosto de 1996, la cual dispone aumentos de sueldos y escalas de Retribución para el Personal de Enfermería a partir del 1 de julio de 1996.

Olga Morales Ortiz

Nombre del Empleado

0002

Número de Seguro Social

Enfermera III10224E

Título de Clasificación

Clase

Escala

\$1,331.00

Mínimo

\$1,683.00

Máximo

D-0759

Número de Puesto

ANTES DEL CAMBIO	DESPUES DEL CAMBIO
Sueldo Mensual	\$1,431.00
Diferencial	80.00

Observaciones: _____

Sra. Lourdes T. Napoleón
Firma de la Autoridad Nominadora o su
Representante Autorizado

LTN/CH/vls

OFIC. PERSONAL REGIONAL
A. F. A. S. S. REGION SURAPROBADO de mayo de 1998MAY 11 1998
Fecha

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD
REGION SUR DE SALUD
PONCE, PUERTO RICO 00731
OFICINA DE PERSONAL REGIONAL

27 de noviembre de 1989

VERIFICACION DE EMPLEO

Señores:

A petición del solicitante nombrado a continuación, nos
place confirmar la siguiente información:

1. Nombre del solicitante Olga Morales Ortíz (-0002)
Dirección residencial Bo. Magas Arriba HC-01 Box 6236
Guayanilla, Puerto Rico 00656
Puesto que ocupa Enfermera III
Empleado desde 20 de agosto de 1979
Sueldo Mensual \$ 1,134.00
Su empleo es X Permanente Temporero Otros
4% de los primeros \$6,000.00
anuales de su sueldo (ANUAL) Concepto Bono Navideño
2. Otros Ingresos
3. Nombre del Patrono Adm. Facs. y Servs. de Salud-Region Sur-Salud
Firma del Informante Cristóbal E. Roubert, J.D.
Titulo Oficial Oficial de Personal
Teléfono del Patrono 840-8730 ext. 211, 210 o 208

CER/ nis

OFIC. DE PERSONAL REGIONAL
A.F.A.S.S.- REGION SUR

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD
REGION SUR DE SALUD
PONCE, PUERTO RICO 00731
OFICINA DE PERSONAL REGIONAL

2 de mayo de 1990

A : Sra. Olga Morales Ortiz
Enfermera III
C.D.T. Guánica

P/C : Dr. Giordano San Antonio
Director Regional
Región de Salud Sur

P/C : Sra. Aida E. Colón Cruz
Directora Enfermeras
Región de Salud Sur

DE : Sra. Lourdes T. Napoleóni
Oficial de Personal Int.
Región de Salud Sur

ASUNTO : NOTIFICACION DE NOMBRAMIENTO REGULAR

Nos place informarle que desde el 1ro. de mayo de 1990 ha pasado usted a ser empleado regular como Enfermera III en la Región de Salud Sur con un sueldo mensual de \$1,134.00 despues de completar satisfactoriamente los ocho meses del período probatorio requerido por la Ley de Personal.

Esperamos continue usted brindando en todas las funciones relacionadas con su puesto la misma cooperación demostrada hasta la fecha como se espera de todo buen servidor público.

LTN/ rnt
Anejos

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD
REGION SUR DE SALUD
PONCE, PUERTO RICO 00731
OFICINA DE PERSONAL REGIONAL

2 de mayo de 1990

A : Sra. Olga Morales Ortíz
Enfermera III
C.D.T. Guánica

P/C : Dr. Giordano San Antonio
Director Regional
Región de Salud Sur

P/C : Sra. Aida E. Colón Cruz
Directora Enfermeras
Región de Salud Sur

DE : Sra. Lourdes T. Napoleoni
Oficial de Personal Int.
Región de Salud Sur

ASUNTO : NOTIFICACION DE NOMBRAMIENTO REGULAR

Nos place informarle que desde el 1ro. de mayo de 1990 ha pasado usted a ser empleado regular como Enfermera III en la Región de Salud Sur con un sueldo mensual de \$1,134.00 despues de completar satisfactoriamente los ocho meses del período probatorio requerido por la Ley de Personal.

Esperamos continue usted brindando en todas las funciones relacionadas con su puesto la misma cooperación demostrada hasta la fecha como se espera de todo buen servidor público.

LTN/ rnt
Anejos

IMPORTANTE
INSTRUCCIONES:
LEA AL DORSO

INFORME DE CAMBIO

1. Número del Cambio P-1688

1a. Región u Hospital

Salud Sur

2. Número de Seguro Social del Empleado

-0002

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio Pres. 402	Después del Cambio
3. Nombre del Empleado	Olga Morales Ortíz	
4. Puesto Núm.	D-0759	
5. Título de Clasificación	Enfermera III	
6. Programa	Nivel Primario	
7. Departamento		
8. Facilidad	Centro Diagnóstico y tratamiento	
9. Ubicación Geográfica del Puesto	Guánica	
10. Estado Civil		
11. Categoría del Empleado	De carrera	De carrera
12. Status del Empleado	Probatorio	Regular
13. a. Sueldo Mens.		
b. Diferencial		
Total		
14. Descuento para Contribución sobre Ingresos		
15. Descuento para Seguro Social		
16. Descuento para Aportación Sistema de Retiro		
17. Descuento para Servicios Médicos		
18. Descuento para Ahorros (A. E. E. L. A.)		
19. Descuento para Seguros(A. E. E. L. A.)		
20. Obvenciones		
21. Otros Descuentos		

22. Fecha de Efectividad 1 de mayo de 1990

23. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD	A. F.	Fondo	Agen- cia	Div.	Sub. Div.	Asig- nación	Objeto	A. F.	Fondo	Agen- cia	Div.	Sub. Div.	Asig- nación	Objeto
	02	-5-03-22-45-00	-60-PD-H3	H3-00-1-111										

24. Indique si se trata de: Ascenso Cambio de Categoría Cambio de Status Ascenso o traslado Transitorio
 Descenso Reclasificación Reinstalación Reubicación Traslado Nuevo Nombramiento Aumento de Sueldo

25. En caso de cambio a otra agencia indique - Licencia a acreditarse: Compensatorio ____ días.

Licencia Enfermedad ____ días, Concedida ____ días, Licencia Regular ____ días, Concedida ____ días.

26. Renuncia	Ultimo Día de Trabajo	Licencia Previamente Concedida	Fecha de Efectividad de la Separación
27. Separación			
28. Destitución			
29. Cesantía			

30. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración:	De	A	
31. Muerte: Fecha _____ Hora _____	Ultimo día de pago:		Participante de Retiro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

32. Clase de Licencia:	<input type="checkbox"/> Para estudio	<input type="checkbox"/> Especial con paga	<input type="checkbox"/> Maternidad
		<input type="checkbox"/> Militar sin Sueldo	<input type="checkbox"/> Sin Sueldo

Duración:	DE	A	
-----------	----	---	--

33. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso)	Se acompaña AP-35.
--	--------------------

34. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm.

Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente:

35. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí:	36. Firma del empleado en casos que fuere necesario
---	---

37. Aprobado por: Lourdes T. Napoleoni-Ofic. Pers. Int. Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado	Fecha: 2 de mayo de 1990 MAY - 8 1990
--	---------------------------------------

Revisado o Aprobado por: <i>LM</i>	Fecha: <i>10/01</i>	Ofic. DE PERSONAL REGIONAL
------------------------------------	---------------------	----------------------------

APROBADO

INFORME SOBRE TRABAJO DE EMPLEADOS
EN PERIODO PROBATORIO

IMPORTANTE: INSTRUCCIONES AL DORSO

1. Nombre del empleado Olyga Morales Ortíz	2. Número de Seguro Social 00002	3. Titulo de Clasificación del Puesto Enfermera III
4. Región u Hospital C.D.P. Guanica	5. División, Sección o Unidad Enfermería	6. Fecha en que vence el periodo probatorio 30 de abril de 1990

FACTORES	SOBREPASA	ALCANZA	NO ALCANZA	COMENTARIOS
1. PRODUCTIVIDAD: La cantidad de trabajo que realiza el empleado.		✓		
2. EFICIENCIA: La calidad del trabajo que realiza el empleado.		✓		
3. CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRABAJO: Se refiere al dominio que ejerce sobre los distintos aspectos que componen su área de especialización.		✓		
4. HABILIDAD PARA APRENDER: La rapidez y corrección con que el empleado aprende a ejecutar los deberes después de recibir las instrucciones.		✓		
5. ASISTENCIA: La regularidad y puntualidad con que el empleado cumple con el horario diario de trabajo.		✓		
6. CONFIABILIDAD: La capacidad observada en el empleado para captar y seguir instrucciones, asumir sus responsabilidades y ejecutar sus tareas con relativa independencia.	✓			
7. INTEGRIDAD: La ausencia de sospecha, involucración o convicción por actos contrarios a la política pública, la Ley y la moral. La adhesión sincera y evidente a altos ideales morales profesionales.	✓			
8. SOCIALIZIDAD: La conducta del empleado en sus contactos con los demás empleados, supervisores y usuarios de servicios de la agencia.		✓		
9. COOPERACION: La actitud y disposición para colaborar en la consecución de los objetivos del servicio.	✓			
10. INICIATIVA Y CREATIVIDAD: Cuando el empleado hace uso de sus talentos y capacidades especiales y los pone al servicio de la agencia		✓		

CERTIFICO que los servicios ~~referidos~~ por este empleado durante el periodo probatorio ~~fueron no fueron~~ satisfactorios y que ~~continuará no continuará~~ como empleado regular.

Indique si la no aprobación del periodo probatorio se debió a:

Servicios Habilidades Actitudes
Olyga Morales Ortíz
Firma del Jefe de la Agencia 30 de abril 1990

CERTIFICO que la evaluación del empleado de referencia se hizo de conformidad con las guías emitidas por la AFASS y que la misma cubre el periodo comprendido entre el 1 de febrero 1989 y el 30 de abril 1990 y que el resultado de ésta se discutió con el empleado.

Rosa Belén de Ramírez 9-IV-90
Firma del Supervisor Inmediato Fecha
Ramona Bautista Rodriguez 11- IV- 90
Firma del Revisor Fecha
Olyga Morales Ortíz

AP-15
Especial
5-90

Estado Libre Asociado de Puerto Rico

DEPARTAMENTO DE SALUD

Administración de Facilidades y Servicios de Salud
Área de Personal

C-H.T. Guáñile

INFORME DE CAMBIO ESPECIAL

REGION Salud SurNUMERO DE CAMBIO (AP-15) P-3066

Se notifica el siguiente cambio en el sueldo de este empleado, en virtud de lo dispuesto por la Ley número 7 del 7 de mayo de 1989 la cual provee un aumento de sueldo general de \$50.00 mensuales para los empleados públicos a partir del primero de julio de 1990.

<u>Olga Morales Ortiz</u> Nombre del Empleado	<u>-0002</u> Número de Seguro Social	<u>D-0759</u> Número del Puesto	
<u>Enfermera III</u> Título de Clasificación	<u>De Carrera Regular</u> Status del Empleado	<u>1022</u> Clase	<u>26</u> Escala
<u>\$1,006.00</u> Mínimo	<u>\$1,358.00</u> Máximo	<u>02-5-03-22-45-00-60-PD_H3-H3-00-1-111</u> Cifra de Cuenta de Nómina	

ANTES DEL CAMBIO	DESPUES DEL CAMBIO
Sueldo Mensual \$1,134.00	\$1,184.00
Diferencial \$163.00	\$163.00

Observaciones: _____

Lourdes T. Napoleoni

LOURDES T. NAPOLEONI - OFICINA DE PERSONAL

Firma de la Autoridad Nominadora o su
Representante Autorizado

27 de junio de 1991

Fecha

*APROBADO*JUN 27 1991 *Juan*OFICINA DE PERSONAL
DEPARTAMENTO DE SALUD
REGION SUR

jmd

ASOCIADO

ASOCIACION DE EMPLEADOS DEL E.L.A.
DE PUERTO RICO

NOTIFICACION DE PRESTAMO CONCEDIDO

MERLIO J. CRUZ ALBA
C/ 7-11610
GUAYANILLA, P.R. 00711
COPA 67462

13	DEPTO
00	NEG

CHEQUE Y COMPROBANTE NUMERO	
0750	
FECHA	
MAR. 07, 1981	
NUM. EXPEDIENTE	
00000000000000000000	
PLAZA MAR 400002	

-10 FACILIDADES CON V. SALUD

CLAVE	DESCRIPCION	IMPORTE
06 3	PRESTAMO	0.00
	INTERESES A DESCONTAR:	
08P	DEUDA PRESENTE	0.00
08C	DEUDA ANTERIOR	
	DEUDA ENSERES	
	DEUDA GOMAS	
	DEUDA LOTES	
	DEUDA CENTRO	
	DEUDA S. AUTO	
	DEUDA S. OPC.	
	TOTAL INTERESES A DESCONTAR	0.00
	PRESTAMOS A DESCONTAR:	
163	DEUDA VIGENTE	
177	DEUDA ENSERES	
178	DEUDA GOMAS	
165	DEUDA LOTES	
16A	DEUDA S. AUTO	
169	DEUDA CENTRO	
167	DEUDA S. OPC.	
163	DEUDA OTROS	
	TOTAL DEUDAS A DESCONTAR	
	OTROS DESCUENTOS:	
09-A	PRIMA GARANTIA ESPECIAL	
03-D	SEGURO DEUDA DEVENGADO	
03-D	SEGURO DEUDA-NUEVO PRESTAMO	0.10
03	CUOTAS SEGURO ATRASADAS	
	CARGO POR SERVICIO	
	TOTAL OTROS DESCUENTOS	0.10
	CREDITOS:	
18-R	INTERESES NO DEVENGADOS DEUDA ANTERIOR	
13-D	SEGURO DE DEUDA NO DEVENGADO	
	TOTAL CREDITOS:	
04-0-44	TOTAL A DESCONTAR:	11,280.00
	BALANCE A SU FAVOR:	0.00

00000000000000000000	500-30-0002		AMORTIZACION MENSUAL					08-D	NUM. CONTROL DE NOMINA
			26	24.94	27.00	26.94	27.00		
NUMERO EMPLEADO	NUMERO SEGURO SOCIAL	NUM. PLACA POLICIA	NUM PAGOS	CANTIDAD	FECHA PRIMER PAGO	FECHA ULTIMO PAGO	FECHA RENOVACION	INTERESES DIFERIDOS	

00 NUEVO
11 RENOVACION

AL RECIBIR ESTE PRESTAMO, USTED ES RESPONSABLE, ENTRE OTRAS, DE LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES:

- ESTAR ATENTO DE QUE SU AGENCIA LE EFECTUE LOS DESCUENTOS DE SU PRESTAMO. LA CANTIDAD A DESCONTAR DE SU SUELDO Y LA FECHA DEL PRIMER PAGO ESTAN INDICADAS EN LOS ESPACIOS PROVISTOS INMEDIATAMENTE SOBRE ESTE AVISO.
- SI SU AGENCIA NO EFECTUA LOS DESCUENTOS CORRESPONDIENTES POR NOMINA, ES SU OBLIGACION REMITIR A LA ASOCIACION INMEDIATAMENTE LAS AMORTIZACIONES Y/O LAS DIFERENCIAS EN AMORTIZACION ATRASADAS, MEDIANTE PAGO DIRECTO.
- SI SUS PAGOS NO SON RECIBIDOS REGULARMENTE, NO DEBERA ESPERAR A LA FECHA DE RENOVACION PARA CORREGIR ESTE ATRASO; DE LO CONTRARIO NO PODRA RENOVAR SU PRESTAMO EN EL MISMO MES QUE TRAMITO SU PRESTAMO ANTERIOR. LA REFERIDA FECHA SE APLAZARA HASTA HABER PAGADO MEDIANTE DESCUENTO DE NOMINA EL O LOS PLAZOS AL DESCUBIERTO. NO SE ACEPTARAN PAGOS DIRECTOS CON EL FIN DE TENER DERECHO A RENOVAR AL NO HABER CUMPLIDO CON LO ANTERIORMENTE DISPUESTO.
- SI EN SU ULTIMA RENOVACION LA DEUDA ANTERIOR NO LE FUE DESCONTADA, USTED NO SE RELEVA DE LA RESPONSABILIDAD DE LA MISMA.
- LOS PLAZOS VENCIDOS AL DESCUBIERTO DEVENGARAN INTERESES Y LOS MISMOS NO PODRAN SER CONDONADOS.

AL TRAMITARSE ESTE PRESTAMO, SE HA COBRADO INTERESES SOLO POR LA FRACCION DEL MES EN CURSO Y EL SIGUIENTE MES A LA FECHA EN QUE SE HA EXPEDIDO EL CHEQUE. A PARTIR DEL PRIMER MES DEL TERCER MES, SU DEUDA COMENZARA A DEVENGAR INTERESES LOS CUALES SERAN DESCONTADOS DE SU SUELDO COMO PARTE DE LA AMORTIZACION MENSUAL HASTA EXTINGUIR LA DEUDA EN SU TOTALIDAD O RAMITARSE UN NUEVO PRESTAMO. EN LAS RENOVACIONES DE PRESTAMOS, LA DEUDA ANTERIOR SE DETERMINA CONSIDERANDO QUE LAS AMORTIZACIONES DEL MES EN CURSO Y EL SIGUIENTE SERAN RECIBIDAS.

IMPORTANTE
INSTRUCCIONES:
LEA AL DORSO

INFORME DE CAMBIO

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio	402	Después del Cambio
3. Nombre del Empleado	Olga Morales Ortiz		
4. Puesto Núm.	D-0759		
5. Título de Clasificación	Enfermera III		
6. Programa	Nivel Primario		
7. Departamento			
8. Facilidad	C.D.T.		
9. Ubicación Geográfica del Puesto	Guánica		
10. Estado Civil			
11. Categoría del Empleado	De Carrera		
12. Status del Empleado	Regular		
13. a. Sueldo Mens.	\$1,556.00		
b. Diferencial	80.00		
Total	\$1,636.00		
14. Descuento para Contribución sobre Ingresos			
15. Descuento para Seguro Social			
16. Descuento para Aportación Sistema de Retiro	5.775%		
17. Descuento para Servicios Médicos			
18. Descuento para Ahorros (A. E. E. L. A.)			
19. Descuento para Seguros(A. E. E. L. A.)			
20. Obvenciones			
21. Otros Descuentos			
22. Fecha de Efectividad			

	A. F.	Fondo	Agen- cia	Div.	Sub. Div.	Asig- nación	Objeto	A. F.	Fondo	Agen- cia	Div.	Sub- Div.	Asig- nación	Objeto
23. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD	02-5-03-22-45-00-60-PD-H3-H3-00-1-111													

24. Indique si se trata de: Ascenso Cambio de Categoría Cambio de Status Ascenso o traslado Transitorio
 Descenso Reclasificación Reinstalación Reubicación Traslado Nuevo Nombramiento Aumento de Sueldo

25. En caso de cambio a otra agencia indique – Licencia a acreditarse: Compensatorio _____ días.
 Licencia Enfermedad _____ días, Concedida _____ días, Licencia Regular _____ días, Concedida _____ días.

	Ultimo Día de Trabajo	Licencia Previamente Concedida	Fecha de Efectividad de la Separación
26. Renuncia			
27. Separación			
28. Destitución			
29. Cesantía	2 de mayo 1998	-----	2 de mayo de 1998

30. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: De A

31. Muerte: Ultimo día Participante de Retiro
 Fecha _____ Hora _____ de pago: Sí No

32. Clase de Licencia: Para estudio Especial con paga Maternidad
 Militar sin Sueldo Sin Sueldo

Duración: DE A

33. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso) Cesantía de acuerdo a la comunicación de la Dra. Carmen Feliciano y de la Ley #190 del 5 de septiembre de 1996, enmendada por la Ley #31 del 6 de julio de 1997. Último día de trabajo el 2 de mayo

34. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm. (AL DORSO)

Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente: **APROBADO**

35. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí:

37. Aprobado por: **Sra. Lourdes T. Napoleoni** Fecha: **MAY 11 1998**
 Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado OFIC. PERSONAL REGIONAL

Revisado o Aprobado por: **LTN/ls** Fecha: **6 de mayo de 1998** A.F. A.S.S. REGION SUR

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD
REGION SUR DE SALUD
PONCE, PUERTO RICO 00731
OFICINA DE PERSONAL REGIONAL

2 de mayo de 1990

A : Sra. Olga Morales Ortiz
Enfermera III
C.D.T. Guánica

P/C : Dr. Giordano San Antonio
Director Regional
Región de Salud Sur

P/C : Sra. Aida E. Colón Cruz
Directora Enfermeras
Región de Salud Sur

DE : Sra. Lourdes T. Napoleoni
Oficial de Personal Int.
Región de Salud Sur

ASUNTO : NOTIFICACION DE NOMBRAMIENTO REGULAR

Nos place informarle que desde el 1ro. de mayo de 1990 ha pasado usted a ser empleado regular como Enfermera III en la Región de Salud Sur con un sueldo mensual de \$1,134.00 despues de completar satisfactoriamente los ocho meses del período probatorio requerido por la Ley de Personal.

Esperamos continue usted brindando en todas las funciones relacionadas con su puesto la misma cooperación demostrada hasta la fecha como se espera de todo buen servidor público.

LTN/ rnt
Anejos

1. Use este formulario para informar cuáquier cambio de personal.
2. Llene todos los apartados del 1 al 12 en la columna bajo el título "ANTES DEL CAMBIO" en todos los formularios que someta.
3. Llene además todos los apartados relacionados con el cambio que desea informar.
4. Al informar una renuncia o descenso adhiera una copia de la carta del empleado.
5. En casos de separación, suspensión, destitución o cesantía adhiera copia de la carta enviada al empleado dando las razones para el cambio.

ESCRIBA AQUI CUALQUIER INFORMACION QUE NO PUEDA INCLUIR EN EL APARTADO 33 POR FALTA DE ESPACIO.

Empleada se acogerá a la Ley 31.

NOTA: CESANTIA EFECTIVA EL 2 de mayo de 1998.

de 1998. El 3 de mayo dominingo. Licencia regular para pago global 13½ días del 4 al 21m mayo de 1998. Licencia por enfermedad para pago global 90 días del 21m de mayo al 30m de septiembre de 1998.